

GLADSAXE KOMMUNE Trænings- og Plejeafdelingen	NOTAT
Arbejdsgang for alvorlige og dødelige UTH i TOP	Dato: 13. marts 2014 Af: Anette Westphal

Formål

- At uddrage systematisk læring af alvorlige og dødelige hændelser samt hændelser med stort læringspotentiale
- At implementere ny viden/nye arbejdsgange udledt af analyser af alvorlige og dødelige hændelser samt hændelser med stort læringspotentiale i hele TOP

Baggrund

Der indberettes i dag et relativt lille antal alvorlige og dødelige hændelser i TOP. Konsekvensen for borgerne er dog meget stor ved disse hændelser, hvorfor der er et stort læringspotentiale knyttet til disse hændelser og drager man læring af hændelserne vil der være mulighed for at forebygge at lignende hændelser opstår igen.

I dag udbredes kendskab og læring af alvorlige utilsigtede hændelser ikke systematisk i hele TOP; men udbredes kun i egen afdeling eller enhed, hvorved der går vigtigt viden tabt og hvorved at nye lignende hændelser ikke forebygges i tilstrækkelig grad. Der foretages i dag ikke systematisk kerneårsags- eller hændelsesanalyser af alvorlige og dødelige hændelser. Det er i dag op til den enkelte enheds interesse og ressourcer at prioritere en analyse.

Ved alvorlige eller dødelige hændelser er der ofte flere parter involverede eks. apotek, egen læge eller hospital. Der foregår i dag heller ikke et systematisk samarbejde med disse samarbejdspartnere i forhold til at uddrage læring af hændelserne.

På baggrund af ovenstående er det nødvendigt med tydelige fælles retningslinjer i forhold til, hvad der skal gøres ved alvorlige og dødelige hændelser eller andre hændelser med et stort læringspotentiale for hele organisationen.

Forslag til arbejdsgang

1. Opstår en alvorlig eller dødelig utilsigtet hændelse orienterer medarbejder hurtigst muligt daglig leder, der ved vurdering evt. handler akut herpå. Daglig leder orienterer TL, lokal tovholder for UTH samt risikomanager i TOP. Medarbejder indberetter, evt. i samarbejde med daglig leder eller lokal tovholder en UTH indberetning
2. Risikomanager i TOP vurderer i samarbejde med afdelingschef om der på baggrund af hændelsen skal iværksættes hændelsesanalyse eller kerneårsagsanalyse.
3. TL informeres om igangsættelse af analyse.
4. Risikomanager indkalder senest 7 dage efter hændelsen relevante parter til møde. De enkelte afdelinger og områder afsætter fornødne ressourcer hertil. I både hændelses- og kerneårsagsanalyse deltager altid lokal tovholder for UTH, repræsentanter fra såvel

medarbejderside som lederside og evt. andre implicerede parter (eks. egen læge, apotek, patientkooordinator fra hospital) ved behov. Risikomanager er mødeleder. Tovholder på indsamling af data forud for møderne er den lokal tovholder for UTH.

5. Analysegruppen udarbejder i fællesskab handleplaner på baggrund af analyserne.
6. Handleplanerne præsenteres for TL med henblik på godkendelse og implementering i hele TOP. Er der tale om at, der skal indføres en ny arbejdsgang på baggrund af analyserne bør overvejes, at man "afprøver" arbejdsgangen i en enkelt afdeling eller gruppe og gør sig erfaringer hermed inden arbejdsgangen implementeres i hele TOP. Har egen læge været involveret i analysen kan viden herfra bringes op på fælles møde med lægerne. Hvordan hospital, apotek eller andre instanser vil bringe viden videre aftales nærmere med udgangspunkt i den konkrete analyse
7. Implementering af handleplaner: Handleplanerne drøftes på lokale ledermøder i den enkelte enhed. Den enkelte daglige leder er ansvarlig for at viderebringe viden om handleplanerne til egen afdeling/gruppe. Dette kunne gøres på et afdelingsmøde.
8. Opfølgning på implementering: En gang årligt afholdes status møde for daglig ledere ang. UTH. På disse møder, kunne lederne i fællesskab drøfte om det er lykkedes at implementere ny arbejdsgang og hvad vi har lært af det.